Aus der Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Tietze, Breslau.

Über Cystadenome des Pankreas.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Karl Pulvermacher,
approb. Arzt.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1920.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Gutartige Tumoren des Pankreas gehören zu den Seltenheiten; zudem werden sie wegen der versteckten Lage der Drüse und wegen der meistens fehlenden Ausfallserscheinungen bei Lebzeiten der Patienten oft entweder ganz übersehen oder nicht richtig gedeutet. Verhältnismäßig häufig sind die cystischen Bildungen, die, ähnlich den Ovarialkystomen, ungeheuere Dimensionen annehmen können und bisweilen aus einem einzigen großen Hohlraum bestehen (unilokuläres Kystom), oder aus einer größeren Anzahl von kleineren Hohlräumen (multilokuläres Kystom). Von diesen zu unterscheiden sind Neubildungen von derber Konsistenz, welche Hühnerei- bis Kleinfaustgröße nicht überschreiten und auf ihrem Durchschnitt ein feines bindegewebiges Flechtwerk aufweisen, das Hohlräume verschiedenster Form und Größe umschließt. Von diesen Pankreastumoren, die sich histologisch als Cystadenome erweisen, sind in der Literatur nur eine spärliche Anzahl beschrieben (Lazarus, Wyss, Roman, Prosorowsky, v. Beust). Hier sei ein von Herrn Prof. Tietze operierter Fall angereiht.

Bei einem 60jährigen Fräulein entwickelte sich unbemerkt langsam und ohne wesentliche Beschwerden zu verursachen — nur über Herzklopfen bei Anstrengungen wurde geklagt — dicht rechts vom Nabel eine gänseeigroße Geschwulst, während gleichzeitig eine erhebliche Abmagerung beobachtet wurde. Es bestanden weder Schmerzen noch Verdauungsstörungen. Urin frei von Zucker und Eiweiß. Nur durch Zufall wurde der Tumor von der inzwischen stark abgemagerten Patientin

selbst entdeckt. Die Beantwortung der Frage, von welchem Organ die Geschwulst ausging, stieß auf Schwierigkeiten. Während das Röntgenbild ein Carcinom des Anfangsteiles des Querkolons vortäuschte, sprach die physikalische Untersuchung mehr für eine Geschwulst der hinteren Bauchwand, vielleicht des Mensenteriums. Erst die Operation brachte Klarheit über die wahre Zugehörigkeit der Geschwulst zum Pankreaskopf.

Der Tumor hat die Größe einer Apfelsine, ist im allgemeinen kugelig und sitzt breitbasig dem Pankreaskopf auf, nach rechts an das Duodenum grenzend, mit dem er locker verwachsen ist.

Die Herausschälung aus der Drüse gelingt ohne wesentliche Schwierigkeiten unter schrittweiser Unterbindung und Durchtrennung der zahlreichen Blutgefäße. Die Oberfläche des Tumors ist größtenteils glatt, stellenweise erscheint sie uneben und höckrig, an dem einen Ende springen zwei kirschkerngroße, flache Buckel vor, die sich als dunkelbläuliche Bezirke von der im übrigen grauen Oberfläche der Geschwulst abheben. Der Tumor fühlt sich derb elastisch an, ist im ganzen von fester Konsistenz und weist nur dort, wo die flachen Erhebungen sich vorwölben, deutliche Fluktuation auf. Auf der Schnittfläche zeigt sich ein feines Flechtwerk von grauweißen Bindegewebszügen, das den ganzen Tumor unregelmäßig durchzieht und ihm die derbe Konsistenz verleiht. Dieses Flechtwerk ist stellenweise von solcher Dichtigkeit, daß es wie eine solide, feinporige Masse wirkt, und mit bloßem Auge feinste Maschenräume nur eben gerade erkennen läßt. An anderen Stellen sind die Hohlräume stecknadelkopf- bis reiskorngroß, ganz vereinzelt auch linsengroß, alle angefüllt mit einer hellgrauen, glasigen Flüssigkeit. Den oben erwähnten rundlichen Vorwölbungen entsprechen dicht unter der Oberfläche sitzende runde Cystchen von $1^1/_2$ cm Durchmesser, die mit einer braunen, glasigzähen Masse angefüllt sind und durch zarte, leistenartige Vorsprünge an ihrer Innenwand in 2—3 nur unvollkommen getrennte Räume geteilt sind. Mikroskopisch zeigt sich der

Tumor von einer zum Teil sehr zarten, zum Teil bis 1 mm dicken Kapsel aus fasrigem Bindegewebe gegen das umgebende Drüsengewebe abgegrenzt. Man unterscheidet auf dem Durchschnitt zwei Gewebselemente, ein bindegewebiges gefäßführendes Stroma und Hohlräume, die von einschichtigem, kubischem Epithel gleichmäßig ausgekleidet sind. An einigen Stellen ragen papilläre Wucherungen in das Lumen der Hohlräume hinein. In das Bindegewebe der etwas verdickten Kapsel eingebettet finden sich neben Rundzelleninfiltraten einige solide Reste typischen Pankreasgewebes, Epithelzellgruppen von der Struktur der Acini und kleinen Ausführungsgänge, dagegen nirgends Langerhanssche Inseln. Dunkelbraune Pigmentschollen sind reichlich in die breiteren Bindegewebspartien eingelagert, auch in einzelnen Hohlräumen sieht man Gruppen abgestoßener, durch ihren Pigmentgehalt vergrößerter, gelbbraun gefärbter Epithelzellen, die den Herzfehlerzellen in der Stauungslunge völlig gleichen. Bei weitem die meisten Hohlräume sind leer, ein großer Teil von Ihnen mit mehr oder weniger frischen roten Blutkörperchen angefüllt. Einige zeigen als Inhalt eine homogene, mit Eosin schwach rosa gefärbte Masse, so daß ein der Kolloidstruma ähnliches Bild entsteht. Nirgends zeigt sich Polymorphie der Epithelzellen, destruktives Wachstum oder sonst ein Anhaltspunkt für Malignität.

Als Therapie kommt allein die Exstirpation in Betracht. Der zur operativen Inangriffnahme des Tumors zu wählende Weg wird durch die Lage der Geschwulst bestimmt. Man legt sich die Drüse am besten frei, wenn man nach Durchtrennung des Lig. gastrocolicum unterhalb der großen Kurvatur des Magens und oberhalb des Querkolons in die Tiefe vordringt. Man übersieht dann, wenn man den Magen nach oben umschlägt, das Pankreas in seiner ganzen Ausdehnung vom Duodenum bis zum Milzhilus. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Überwindung der Blutgefäße, die sich der Drüse anlagern und sich bisweilen auf den Tumor selbst fächerförmig ausbreiten.

Von größter Wichtigkeit für den Heilungsverlauf ist die ausgiebige Drainage des Wundbetts, um dem reichlich fließenden Drüsensekret einen möglichst unbehinderten Abfluß zu schaffen. Sehr bewährt hat sich in unserem Falle die Anwendung der von Wohlgemuth empfohlenen Diät.

Die Indikation zur Operation ist gegeben, sobald der Tumor diagnostiziert ist, da mit dem Wachstum und der Bildung unbequemer Verwachsungen der Geschwulst zu rechnen ist. Außerdem liegt eine unberechenbare Gefahr in der Möglichkelt der malignen Entartung.